



Redes e regiões de saúde em goiás: formação e efetividade

Cyntia Miguel Pires¹
Julio Cesar de Lima Ramires²

RESUMO: Este trabalho tem o objetivo de discutir as redes e as regiões de saúde em Goiás: formação e efetividade, com foco na análise das cidades médias goianas. A metodologia é de natureza mista: qualitativa e quantitativa, com viés bibliográfico e documental. As categorias de Geografia da Saúde, Urbana e Saúde Coletiva têm contribuído para a interpretação dos resultados e das discussões preliminares da pesquisa, os quais mostram que a universalização do SUS é problemática no estado de Goiás, com uma excessiva centralização da atenção de alta complexidade na cidade de Goiânia. As 18 cidades polos têm um papel modesto na formação e na efetivação das redes e das regiões de saúde no estado de Goiás.

Palavras-chave: Redes e regiões de saúde em Goiás; Plano Diretor de Regionalização da Saúde; cidades médias; SUS.

Introdução

Este trabalho é um recorte teórico-metodológico de uma tese de doutorado em construção, cujo objetivo é discutir as redes e as regiões de saúde em Goiás: formação e efetividade, com foco nas cidades médias goianas.

O Sistema Único de Saúde (SUS) em seu processo de universalização prevê redes regionalizadas e hierarquizadas (1). Entretanto, não é garantia que os municípios tenham todas as ações e serviços de proteção, promoção e manutenção da vida de seus usuários, dentro da estrutura dessa dinâmica.

Nessa perspectiva, há muitos problemas relacionados à atenção da saúde quando se trata da média e alta complexidade, já que essa esfera é regionalizada em redes. Ou seja, a população tem que se deslocar para fora de sua municipalidade, a fim de encontrar atendimento em um dos municípios do estado, preferencialmente, em Goiânia, por ser a cidade, onde possui a rede mais completa em graus de complexidade de atendimento aos usuários do SUS.

Em 2004, foram instituídas 16 regiões de saúde com 16 polos regionais. Mas, conforme duas novas resoluções nos anos seguintes, uma em 2012, a Resolução

¹ Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Geografia, da Universidade Federal de Uberlândia. E-mail: cynthiamiguell@hotmail.com

² Doutor em Geografia Humana; Professor do Instituto de Geografia da Universidade Federal de Uberlândia. E-mail: ramires_julio@yahoo.com.br



028/2012 – CIB e, outra em 2014 a Resolução 344/2014 – CIB foram criadas duas novas regiões, totalizando 18 regiões. Portanto, 18 polos regionais de saúde (2).

Nesse sentido, o escopo principal da pesquisa é analisar e discutir as redes e as regiões de saúde em Goiás: estudo do Plano Diretor de Regionalização do Estado de Goiás (PDR-GO) e dos polos conforme a média e alta complexidade.

Considerando essas informações, um município polo de uma região de saúde “tem a obrigatoriedade de atender qualquer nível acima do Elenco de Procedimentos da Média Complexidade – EPM1, podendo ser regional ou estadual. Recomendável que seja habilitado em Plena do Sistema Municipal” (3). A média complexidade ambulatorial é definida

por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento (4).

Os estudos da rede urbana de Goiás apontaram que o estado conta com a maioria de suas cidades com população abaixo de 50.000 mil habitantes . Assim, das 18 cidades polo das regionais de saúde em 2016, oito delas estavam nesse patamar, apenas duas entre 50.001 e 99.999 habitantes e outras oito acima de 100.000 habitantes, aqui, incluindo a capital Goiânia (5).

A partir dessa contextualização levantaram-se às seguintes questões norteadoras: as 18 regionais de saúde atendem os princípios do SUS e cumprem efetivamente seu papel na prestação de serviços de saúde? Esses polos conseguem atender à sua população com universalidade, equidade e integralidade? Todos os municípios polos possuem os serviços necessários para os procedimentos em média e alta complexidade no qual são exigidos?

No intuito de discutir essas questões, as teorias na área de Geografia da Saúde, Urbana e Saúde Coletiva fundamentam esta pesquisa, contribuindo para interpretá-las. A articulação entre espaço geográfico e saúde evidenciam como as categorias geográficas são importantes na análise, planejamento e gestão na distribuição dos serviços, tecnologias, recursos financeiros, fluxos assistenciais e de planejamento da rede assistencial em diferentes escalas espaciais e contextos urbanos e rurais (6).



As categorias geográficas território e espaço se inserem no estudo da saúde e são discutidas por diversos autores. As categorias paisagem, região e lugar; assim como, elementos, noções e/ou conceitos utilizados comumente pela geografia como o ambiente, a natureza, o meio, a localização geográfica, etc.; fazem parte de diversas formas de se pensar a saúde assim como também, a falta dela pela humanidade ao longo de diversos períodos históricos. "No Brasil, o direito universal à saúde não se efetiva igualmente em todos os lugares, pois o SUS se concretiza de maneira incompleta e seletiva no território" (7).

O SUS é um sistema que combina políticas de saúde e estratégias de planejamento e execução de serviços e ações, as quais possam produzir em cada lugar as condições necessárias para a universalização da saúde no Brasil. As desigualdades relacionadas aos usos do território atribuem limitações para a sua expansão e para as políticas de saúde, porque resultam em situações de grande concentração e rarefação espacial das tecnologias, dos recursos e equipamentos assistenciais necessários a sua consolidação.

No uso do território pelo Sistema Único de Saúde há a necessidade de se pensar e gerir estratégias para o enfrentamento das desigualdades regionais e garantir o acesso aos serviços e tecnologias assistenciais nos estados e municípios. Outro aspecto é aliar diversidades regionais as possibilidades de existência de ações e serviços assistenciais e as necessidades de saúde da população.

Conseqüentemente, na efetiva institucionalização do SUS são necessários políticas e investimentos capazes de compreender e utilizar o território, relacionar as desigualdades existentes em diferentes escalas as dinâmicas territoriais e necessidades de saúde dos seus usuários. A universalização da saúde se apropria então, mais uma vez de uma categoria geográfica na tentativa de promover e garantir a consolidação dos princípios constitucionais do sistema: a região. Como estratégia de política nacional a organização do sistema em regiões de saúde deu início ao cumprimento dos princípios doutrinários do SUS: o de universalidade, o de equidade e o da integralidade.

A Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/SUS 01/2001) regulamentou as diretrizes gerais para a organização regionalizada da assistência à saúde no Brasil. Com base em sua segunda edição (NOAS/SUS 01/2002), os convênios entre o Ministério da Saúde e os demais níveis de governo consideraram as prioridades assistenciais de cada



estado, subdividido em regiões e microrregiões definidas no Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR).

A região de saúde é a base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser definida pela Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando-se as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios (8).

Podem-se apontar como estratégias articuladas da regionalização do SUS como forma de promover a descentralização com equidade no acesso à elaboração do Plano Diretor de Regionalização e diretrizes para a organização regionalizada da assistência: fortalecimento das capacidades gestoras do SUS; atualização dos critérios; e do processo de habilitação de estados e município (9).

No território brasileiro, portanto, a regionalização da saúde não se deve apenas ao seu tamanho continental, mas a necessidade de funcionamento do sistema, pois um município dificilmente possui capacidade assistencial instalada que garanta o atendimento a todas as demandas de saúde da população residente, sendo indispensável integrar às ações e serviços de saúde em redes assistenciais regionalizadas e hierarquizadas, construídas a partir da relação solidária entre a União, os estados e os municípios. Esses são os responsáveis pela oferta, gestão, financiamento e planejamento das ações e serviços do SUS. A capacidade de cooperação intergovernamental em torno das lógicas de conformação do SUS no território é que serão capazes de construir as redes assistenciais regionais.

Metodologia

Esta pesquisa é de natureza mista: qualitativa e quantitativa, com viés bibliográfico e documental. É de natureza qualitativa, porque usa amplas técnicas de leitura e interpretação para analisar as redes e as regiões de saúde em Goiás, concomitante, é quantitativa, pois faz um levantamento de “corte transversal, com os dados coletados em um momento do tempo [...], baseado na internet e administrativo on-line” (10).

Para fundamentar as questões norteadoras e os objetivos desta pesquisa, é preciso fazer uma revisão bibliográfica sobre as discussões que este trabalho aborda, a fim de



verificar e compreender o que se tem publicado e produzido nessa área. Assim, essa revisão é sobre o aprofundamento das categorias geográficas da saúde, urbana e saúde coletiva, com foco nas legislações e nas normas do SUS no Brasil, em nível nacional, estadual e municipal.

Semelhante a esse estudo, outro apoio para o método qualitativo é a pesquisa documental, já que as legislações sobre a regionalização da saúde junto à órgãos da administração federal, como o Ministério da Saúde, a Secretaria Estadual de Saúde de Goiás, Prefeituras Municipais e Secretarias Municipais de Saúde (SMS) são fontes de pesquisa, descrição e análise, pois elas estão disponíveis em bases abertas para investigação de qualquer pesquisador (11).

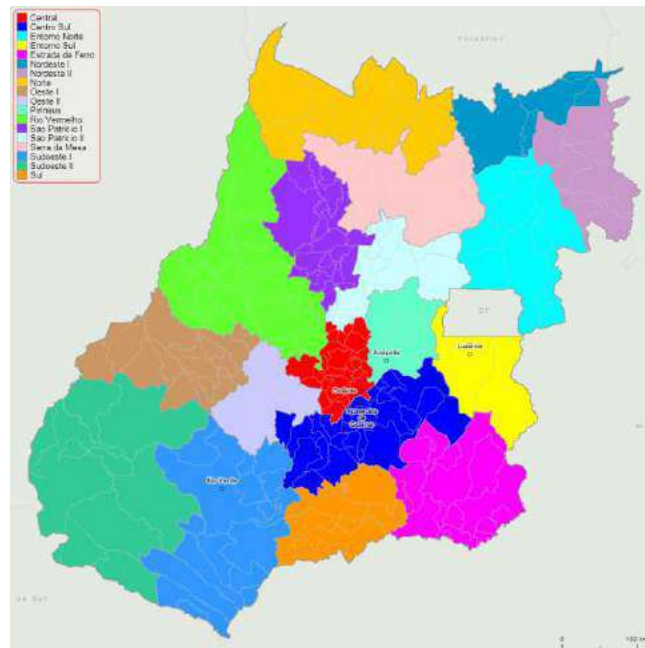
Para o método quantitativo, estamos fazendo o levantamento de dados e informações sobre as redes assistenciais de saúde em Goiás, a partir do Ministério da Saúde - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Secretaria Estadual de Saúde de Goiás, entre outros.

Portanto, todas essas informações e categorias encontradas estão sendo registradas em um banco de dados estruturado no Microsoft® Excel®, onde os dados serão avaliados por análise exploratória com uso de estatística descritiva (distribuição de frequências, gráficos) para analisar as redes e as regiões de saúde em Goiás: formação e efetividade, com foco nas cidades médias goianas. Além desses gráficos, para uma compreensão didática dessas categorias, o trabalho final constará de mapas, que exemplificarão todos esses dados e informações aqui discutidos.



Redes e regiões de saúde em Goiás: resultados e discussões preliminares

A Figura 1 – Regionalização da Saúde em Goiás – a seguir apresenta os 18 polos regionais de saúde.



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de Goiás (2017).

O estudo da rede urbana de Goiás apontou que o estado conta com a maioria de suas cidades com população abaixo de 50.000 mil habitantes. Assim, das 18 cidades polo das regionais de saúde em 2016, oito delas estavam nesse patamar, apenas duas entre 50.001 e 99.999 habitantes e outras oito acima de 100.000 habitantes, aqui, incluindo a capital Goiânia (12).

Com base nessas informações, surgem alguns questionamentos: na elaboração do PDR de 2004, como essas cidades polos foram avaliadas e selecionadas? Elas preencheram os requisitos necessários para tal representatividade dentro de uma regional de saúde? Qual o peso do critério populacional naquele momento? As cidades polos conseguem atender o nível de atenção à saúde exigido? Ou os seus usuários têm que procurar outros polos ou até mesmo a capital do estado? Ou no caso das cidades do Entorno do DF procurarem a capital federal? Assim, as 18 cidades polo de regionais de saúde atendem os princípios do SUS e cumprem seu papel na promoção e proteção à vida? É possível tantas regiões de saúde conseguirem direcionar e aglutinar dentro de suas redes os atendimentos aos seus usuários dos quais são pertinentes ao seu polo



regional, pois é ele o responsável por atender os usuários do SUS em níveis que exigem graus mais complexos? Esses polos conseguem atender à sua população com universalidade, equidade e integralidade? Todos os municípios polos possuem os serviços necessários para os procedimentos em média e alta complexidade no qual são exigidos?

Essas questões sobre as redes e as regiões de saúde em Goiás têm sido alvos de investigação na tese de doutorado, a qual propõe um estudo da rede urbana goiana para que numa análise de cidades médias possa-se propor reflexões sobre as redes e as regiões de saúde no estado de Goiás, pois se acredita que cidades com população inferior a 50.000 habitantes não possuem os requisitos necessários para tais procedimentos. A proposta segue então analisá-las, em 2004, conforme o PDR, se elas possuem condições para os procedimentos de média e alta complexidade e, posteriormente, em 2016, cujas permanências e alterações desses polos tiveram.

Assim, na compreensão da regionalização da saúde no estado de Goiás analisa-se uma quantidade excessiva de regiões de saúde em que seus polos possuem entre outros elementos a baixa população. O que justificaria a escolha de uma cidade polo de uma regional de saúde com 19.665, como é o caso de Campos Belos? (13). De 12 equipamentos de média complexidade selecionados para a pesquisa, esse polo possui apenas três deles: um mamógrafo de comando simples; três incubadoras; e um eletrocardiógrafo. De 24 tipos de leitos, dois apresentam atendimento apenas para cirurgia geral; e um para ortopedia traumatologia. Doze tipos de estabelecimentos de saúde apresentam cinco Unidades Básicas de Saúde; duas policlínicas; e uma UNIDADE de APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO) cadastrados pelo SUS. Nessa breve análise foi vista a cidade polo de menor contingente populacional; mas, o quanto as outras sete também menores de 50.000 habitantes se destacariam no atendimento aos seus usuários sendo polos regionais e sendo obrigatoriamente responsáveis pela média complexidade e, portanto, autossuficientes nesses quesitos?

As cidades médias goianas são as que possuem população entre 50.000 e 500.000 habitantes (2000-2010), sendo 17 em todo o estado, as quais nove são polos das regionais de saúde: Anápolis, Aparecida de Goiânia, Luziânia, Rio Verde, Catalão, Formosa, Goianésia, Itumbiara, e Jataí (12). Nessa perspectiva, portanto, esta pesquisa visa também compreender o papel das cidades médias, com a finalidade de contribuir para uma possível análise delas e sua importância na rede urbana goiana, podendo talvez construir



polos regionais de saúde mais fortes que possam atender seus usuários e descentralizar o atendimento da capital Goiânia, atendendo assim os princípios e diretrizes previstos na Constituição de 1988.

Conclusão

O resultado preliminar das análises mostra que a universalização do SUS é problemática no estado de Goiás com uma excessiva centralização da atenção de alta complexidade na cidade de Goiânia. As 18 cidades polos têm um papel modesto na formação e na efetivação das redes e das regiões de saúde no estado de Goiás.

Sendo assim, é pretensão deste trabalho compreender melhor essas categorias geográficas da saúde, urbana e saúde coletiva no Brasil e em Goiás, com o objetivo de entender e interpretar o processo de formação e efetivação das redes de saúde, concomitante, com o olhar sobre as cidades médias goianas, identificando os maiores problemas de saúde e dos serviços públicos oferecidos e não oferecidos aos usuários do SUS em Goiás.

Com bases nos dados levantados e em sua distribuição entre as 18 cidades da rede urbana goiana, que são sedes de regiões de saúde, é necessário repensá-las para que se possa otimizar essa dinâmica das redes de saúde no estado de Goiás, pois acredita-se que cidades com população inferior a 50.000 mil habitantes não possuem os requisitos necessários para assumirem de fato o papel atribuído a cada uma delas.

Referências

- 1 BRASIL. Constituição Federal. Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 18 jun. 2016.
- 2 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Plano diretor de Regionalização do Estado de Goiás (PDR-GO). Superintendência de planejamento. Goiânia, 2004.
- 3 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Plano diretor de Regionalização do Estado de Goiás (PDR-GO). Superintendência de planejamento. Goiânia, 2004, p.24.
- 4 BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007, p. 17.



- 5 BRASIL. IBGE. Censo Demográfico. 2016. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 31 ago. 2017.
- 6 ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de. O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros. USP. São Paulo, 2013.
- 7 ALMEIDA, Eliza P. de. Uso do Território Brasileiro e os Serviços de Saúde no Período Técnico-Científico-Informacional. USP, São Paulo, 2005, p. 12.
- 8 GUIMARÃES, Raul Borges. Regiões de saúde e escalas geográficas. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2005, p. 16.
- 9 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n.o 95. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- 10 CRESWELL, J.W. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Tradução Magda Lopes; consultoria, supervisão e revisão técnica Dirceu da Silva. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2010, p. 179.
- 11 GIL, Antonio C. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. São Paulo: Atlas, 1995.
- 12 BRASIL. IBGE. Censo Demográfico. 2016. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 31 ago. 2017.
- 13 BRASIL. IBGE. Censo Demográfico. 2016. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 31 ago. 2017.